**Załącznik nr 1**

do **Formularza Rekrutacyjnego** **dla istniejących organizacji** **pozarządowych**

do udziału w projekcie „*Wielkopolskie Centrum Ekonomii Solidarnej*”

**Prosimy wypełnić czytelnie ręcznie DRUKOWANYMI LITERAMI lub komputerowo**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ** | | | | |
|  | | | | |
| **FORMA PRAWNA ISTNIEJĄCEGO PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ**  Prosimy zaznaczyć wybraną odp. „X” | | | | |
| [ ] fundacja [ ] stowarzyszenie | | | | |
| **IMIONA I NAZWISKA OSÓB upoważnionych do reprezentowania podmiotu (zgodnie z KRS)** | | **NUMER TELEFONU** | **ADRES E-MAIL** | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
| **INFORMACJE OGÓLNE NA TEMAT PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI** | | | | |
| **KLUCZOWE OBSZARY DZIAŁALNOŚCI**  Prosimy zaznaczyć wybraną odp. „X” | | | | |
| [ ] ochrona zdrowia  [ ] sport, turystyka, rekreacja, hobby  [ ] działalność naukowo-badawcza, badania  [ ] kultura i sztuka  [ ] współpraca międzynarodowa  [ ] pomoc społeczna i socjalna  [ ] edukacja i wychowanie  [ ] prawo i jego ochrona, prawa człowieka  [ ] ochrona środowiska  [ ] rozwój lokalny w wymiarze społecznym i ekonomicznym  [ ] rynek pracy, aktywizacja zawodowa  [ ] inny, jaki?…................................................................................................................ | | | | |
| **MISJA ORGANIZACJI** | | | | |
|  | | | | |
| **OPIS DZIAŁALNOŚCI NIEODPŁATNEJ** | | | | |
| Opis działalności w tym wskazanie celów statutowych organizacji (na podstawie statutu) |  | | | |
| Siedziba |  | | | |
| Grupy docelowe |  | | | |
| Posiadane zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne  (lokal, sprzęt, środki transportu, narzędzia, wyposażenie, itp.) |  | | | |
| Zasięg działalności  Prosimy zaznaczyć wybraną odp. „X” | [ ] Gmina  [ ] Powiat  [ ] Województwo  [ ] Kraj  [ ] Zagranica  [ ] Inne, jakie ……………………………………………………………………. | | | |
| Czy i w jakim zakresie organizacja współpracuje np. z administracją, organizacją pozarządową, firmą (np. lokal, odbiór usług, zabezpieczenie dotacji, w zakresie realizacji wspólnego przedsięwzięcia itp.)?  Proszę o krótki opis. |  | | | |
| **DZIAŁALNOŚĆ ODPŁATNA POŻYTKU PUBLICZNEGO** | | | | |
| Czy organizacja prowadzi działalność odpłatną pożytku publicznego?  [ ] TAK  [ ] NIE, w przypadku zaznaczenia odp. „nie” proszę przejść do bloku „PLANOWANIE DZIAŁALNOŚCI ODPŁATNEJ” | | | | |
| Jakie produkty/usługi odpłatne może oferować Państwa organizacja? |  | | | |
| Klienci wskazanych powyżej usług/produktów. |  | | | |
| Posiadane zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne potrzebne do realizacji działalności odpłatnej  (lokal, sprzęt, środki transportu, narzędzia, wyposażenie, itp.). |  | | | |
| Kluczowe kompetencje kadry organizacji potrzebne do realizacji działalności odpłatnej |  | | | |
| Zasięg działalności  Prosimy zaznaczyć wybraną odp. „X” | [ ] Gmina  [ ] Powiat  [ ] Województwo  [ ] Kraj  [ ] Zagranica  [ ] Inne, jakie ……………………………………………………………………. | | | |
| Analiza konkurencji – wskazanie i krótki opis potencjalnych konkurentów. |  | | | |
| **PLANOWANIE DZIAŁALNOŚCI ODPŁATNEJ POŻYTKU PUBLICZNEGO** | | | | |
| Jakie produkty/usługi w formie odpłatnej mogłaby oferować Państwa organizacja w przyszłości? |  | | | |
| Opis potencjalnych klientów wskazanych powyżej usług/produktów. |  | | | |
| Potrzebne zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne do uruchomienia działalności odpłatnej  (lokal, sprzęt, środki transportu, narzędzia, wyposażenie, itp.). |  | | | |
| Kluczowe kompetencje kadry pozwalające uruchomić działalność odpłatną. |  | | | |
| Projektowany zasięg działalności odpłatnej.  Prosimy zaznaczyć wybraną odp. „X”. | [ ] Gmina  [ ] Powiat  [ ] Województwo  [ ] Kraj  [ ] Zagranica  [ ] Inne, jakie ……………………………………………………………………. | | | |
| Analiza konkurencji. Proszę wskazać i krótko opisać potencjalnych konkurentów. |  | | | |
| **ORGANIZACJA MA ZAREJESTROWANĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ** | | | | |
| [ ] TAK  [ ] NIE, w przypadku zaznaczenia odp. „nie” proszę przejść do bloku „PLANOWANIE DZIAŁALNOSĆI GOSPODARCZEJ” | | | | |
| Wiodący rodzaj działalności gospodarczej.  Proszę krótko opisać ze wskazaniem sektora/branży. |  | | | |
| Szczegółowy przedmiot działalności gospodarczej.  Proszę wskazać kody PKD. |  | | | |
| Opis produktów oferowanych przez organizację wraz ze wskazaniem klientów. |  | | | |
| Opis usług oferowanych przez organizację wraz ze wskazaniem klientów. |  | | | |
| Posiadane zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne potrzebne do realizacji działalności gospodarczej (lokal, sprzęt, środki transportu, narzędzia, wyposażenie, itp.) |  | | | |
| Kluczowe kompetencje kadry potrzebne do realizacji działalności gospodarczej |  | | | |
| Zasięg prowadzonej działalności gospodarczej  Prosimy zaznaczyć wybraną odp. „X” | [ ] Gmina  [ ] Powiat  [ ] Województwo  [ ] Kraj  [ ] Zagranica  [ ] Inne, jakie ……………………………………………………………………. | | | |
| Analiza konkurencji. Proszę wskazać i krótko opisać potencjalnych konkurentów. |  | | | |
| Czy w ciągu najbliższego pół roku planowana jest zmiana charakteru działalności gospodarczej. Jeśli tak, prosimy o krótki opis. |  | | | |
| **PLANOWANIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** | | | | |
| Potencjalny rodzaj działalności gospodarczej. |  | | | |
| Opis planowanych produktów oferowanych przez organizację wraz ze wskazaniem klientów. |  | | | |
| Opis planowanych usług oferowanych przez organizację wraz ze wskazaniem klientów. |  | | | |
| Zasoby organizacyjne i zaplecze techniczne potrzebne do realizacji planowanej działalności gospodarczej (lokal, sprzęt, środki transportu, narzędzia, wyposażenie, itp.). |  | | | |
| Przewidywany zasięg działalności gospodarczej  Prosimy zaznaczyć wybraną odp. „X”. | [ ] Gmina  [ ] Powiat  [ ] Województwo  [ ] Kraj  [ ] Zagranica  [ ] Inne, jakie ……………………………………………………………………. | | | |
| Analiza konkurencji. Proszę wskazać i krótko opisać potencjalnych konkurentów. |  | | | |
| Kluczowe kompetencje kadry niezbędne do uruchomienia działalności gospodarczej. |  | | | |
| Czy organizacja jest zainteresowana uzyskaniem wsparcia finansowego na zatrudnienie w nowoutworzonych lub istniejących przedsiębiorstwach społecznych bądź w podmiotach ekonomii społecznej wyłącznie pod warunkiem ich przekształcenia w przedsiębiorstwo społeczne.  [ ] TAK  [ ] NIE | | | | |
| Liczba osób zatrudnionych – obecnie (na dzień składania formularza) | | | |  |
| Liczba członków Zarządu | | | |  |
| Liczba członków stowarzyszenia – jeśli dotyczy | | | |  |
| Liczba aktywnych działaczy | | | |  |
| Wysokość obrotów za ubiegły rok (w zł) | | | |  |
| Główne źródło przychodów. Proszę wskazać maksymalnie 3 kluczowe źródła:  [ ] Składki członkowskie  [ ] Dotacje z gminy/powiatu/województwa  [ ] Dotacje i granty z innych źródeł  [ ] Odpłatna działalność pożytku publicznego  [ ] Działalność gospodarcza  [ ] Sponsorzy/darowizny  [ ] Inne, jakie ……………………………………………………………………………. | | | | |

……………………………………………………………………………….

Data i Miejscowość

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Czytelne podpisy przedstawicieli podmiotu (przedsiębiorstwa społecznego**  **lub podmiotu ekonomii społecznej przekształcanego w PS)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |